

Pakiet nr II. AKCESORIA NA SALACH OPERACYJNYCH**1. Stół operacyjny – 1 sztuka****Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

Nazwa/ typ urządzenia fabrycznie nowego:.....

Kraj pochodzenia:.....

Producent:.....

Siedziba Producenta:.....

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany – odpowiedź wykonawcy (podać zakresy lub opisać)
1	Stół mobilny z blatem minimum pięciosegmentowym z napędem elektrohydraulicznym lub elektromechanicznym sterowany pilotem ręcznym z funkcją Trendelenburga, anti-Trendelenburga, zmiany wysokości, przechyłów bocznych, regulacji położenia części plecowej i przesuwu wzdłużnego oraz ustawienia pozycji „0”. Zabezpieczenie przed przypadkowym uruchomieniem pozycji „0” poprzez konieczność jednoczesnego naciśnięcia dwóch przycisków aktywujących.	TAK	
2	Zasilanie stołu sieciowe (min. 230V, 50Hz) i akumulatorowe	TAK	
3	Stół zasilany z akumulatora bezpiecznym napięciem, możliwość pracy podczas ładowania akumulatora – ładowarka wewnętrzna wbudowana zasilana napięciem min. 230V	TAK	
4	Stół podczas normalnej pracy zasilany z akumulatorów wewnętrznych zapewniających min. ok. 1 tygodnia pracy	TAK (opisać)	
5	Czas ponownego naładowania akumulatorów max. do 10 h. Możliwość pracy podczas ładowania akumulatorów.	TAK (podać)	
6	Dodatkowy panel sterujący umieszczony z boku kolumny stołu z możliwością elektryczno-hydraulicznego lub elektrycznego sterowania następującymi funkcjami: - góra/dół - przechyły boczne - pozycja Trendelenburga i anti-Trendelenburga - regulacja segmentu plecowego - ustawienie pozycji „0” Zabezpieczenie przed przypadkowym uruchomieniem pozycji „0” poprzez konieczność jednoczesnego naciśnięcia dwóch przycisków aktywujących.	TAK	

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany – odpowiedź wykonawcy (podać zakresy lub opisać)
7	Błat 5-segmentowy z dzieloną sekcją nożną z możliwością jej rozchylania na boki oraz opuszczania i podnoszenia. Część nożna dołączana za pomocą szybkozłączy z zatraskiem automatycznym. Część centralna z wycięciem ginekologicznym. Sekcja nożna musi posiadać możliwość rozchylenia na boki o min. 90°.	TAK (opisać)	
8	Materace antystatyczne odporne na środki dezynfekcyjne	TAK	
9	Segmenty przenikalne dla promieni RTG, umożliwiające monitorowanie ramieniem C	TAK	
10	Części konstrukcyjne blatu ze stali nierdzewnej	TAK (opisać)	
11	Elektrohydrauliczna lub elektromechaniczna regulacja wysokości blatu stołu – w dolnym położeniu max. 670 mm do min. 970 mm w górnym położeniu (± 5 mm)	TAK (opisać)	
12	Elektrohydrauliczna lub elektromechaniczna regulacja przechyłu bocznego $\pm 25^\circ(\pm 5^\circ)$	TAK	
13	Elektrohydrauliczna lub elektromechaniczna regulacja pozycji Trendelenburga $30^\circ(\pm 5^\circ)$	TAK	
14	Elektrohydrauliczna lub elektromechaniczna regulacja pozycji anty-Trendelenburga $30^\circ(\pm 5^\circ)$	TAK	
15	Elektrohydrauliczna lub elektromechaniczna, regulacja części plecowej w zakresie od -40° do $+70^\circ(\pm 2^\circ)$	TAK	
16	Elektrohydrauliczna lub elektromechaniczna lub pneumatyczna regulacja części nożnej w zakresie od -95° do $+25^\circ(\pm 5^\circ)$ oraz możliwością odchylenia na boki z blokadą mechaniczną rotacji, odłączana i dołączana za pomocą szybkozłączy.	TAK	
17	Pneumatyczna regulacja segmentu głowy w zakresie od -50° do $+50^\circ (\pm 5^\circ)$. Płynna regulacja odchylenia segmentu głowy za pomocą sprężyny gazowej oraz możliwość płynnej regulacji za pomocą sprężyny gazowej, wypiętrzenia segmentu głowy względem segmentu plecowego przy zachowaniu poziomego ustawienia płyty pod głowę. Segment głowy dołączany za pomocą szybkozłączy z zatraskiem automatycznym	TAK	
18	Elektrohydrauliczna lub elektromechaniczna regulacja przesuwu wzdłużnego blatu o 350 mm (± 50 mm)	TAK	
19	Stół mobilny wyposażony w centralną blokadę kół z możliwością wyboru położenia – pozycja pełna blokada, pozycja do manewrowania, pozycja do jazdy na wprost	TAK (opisać)	

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany – odpowiedź wykonawcy (podać zakresy lub opisać)
20	Wymiary stołu w zestawieniu standartowym: - minimalna długość – 2050 mm - minimalna szerokość leża – 530 mm - maksymalna szerokość leża – 550 mm - dopuszczalne robocze obciążenie stołu min. 220 kg.	TAK	
21	Oferowane urządzenie jest dopuszczone do stosowania i użytkowania w Polsce zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z 20 kwietnia 2004 roku. Deklaracja zgodności CE dla produktu i certyfikat ISO producenta.	TAK	
22	Bezpłatne szkolenie personelu Zamawiającego	TAK	
23	Instrukcja w języku polskim	TAK	
24	Model z 2011 roku, fabrycznie nowy	TAK	
25	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
26	Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE,	TAK	
27	WPIS do Rejestru Wyrobów Medycznych	TAK	
28	W czasie gwarancji 2 darmowe okresowe przeglądy techniczne, jeżeli są wymagane	TAK	
29	W przypadku 3 naprawy głównej wymiana wadliwego egzemplarza na nowy, wolny od wad	TAK	
30	Gwarancja dostępności usług serwisowych minimum 5 dni w tygodniu	TAK PODAĆ	
31	W okresie gwarancji dostarczenie sprzętu zastępczego w przypadku naprawy trwającej dłużej niż 5 dni	TAK	
32	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat	TAK	
33	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
34	Czas reakcji serwisu max. 24 godz.	TAK	
Wyposażenie dodatkowe			
35	Podpórka anestetyczna ręki z możliwością pozycjonowania z zaciskiem mocującym – 2 szt.	TAK	
36	Ekran anestetyczny – 1 szt.	TAK	
37	Podpory kolanowe z zaciskami mocującymi z bezstopniową regulacją kąta nachylenia i wysokości oraz regulacją poduszek na przegubie kulowym – 1 para	TAK	
38	Pas do mocowania pacjenta – 1 szt.	TAK	
39	Opaska nadgarstkowa z zaciskiem mocowanym do szyny akcesoryjnej stołu – 1 szt.	TAK	

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany – odpowiedź wykonawcy (podać zakresy lub opisać)
40	Miska z odpływem, ze stali nierdzewnej mocowana do szyny akcesoryjnej stołu na przegubowym ramieniu – 1 szt.	TAK	
41	Podpora boczna z poduszką okrągłą na wysięgniku z podwójnym przegubem kulowym ułatwiającym ustawianie pozycji z zaciskiem mocującym – 1 szt.	TAK	
42	Podparcie boczne z poduszką prostokątną na wysięgniku z podwójnym przegubem kulowym ułatwiającym ustawianie pozycji z zaciskiem mocującym – 2 szt.	TAK	
43	Podpora pod rękę do ułożenia bocznego z regulacją kąta nachylenia, wysokości, poduszką pod rękę na przegubie kulowym oraz z zaciskiem mocującym – 1 szt.	TAK	
44	Podpora pod głowę w kształcie podkowy zapewniająca podparcie czaszki w pozycji leżącej twarzą w dół lub leżącej na wznak (dla dorosłych) – 1 szt.	TAK	

UWAGA! Niespełnienie któregośkolwiek z wyżej wymienionych parametrów, lub brak dowodu na jego istnienie skutkować będzie odrzuceniem oferty.

1. Fotel operatora – 3 sztuki**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

Nazwa/ typ urządzenia fabrycznie nowego:.....

Kraj pochodzenia:.....

Producent:.....

Siedziba Producenta:.....

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany – odpowiedź wykonawcy (podać zakresy lub opisać)
1	Fotel operatora wykonany ze stali nierdzewnej z siedziskiem tapicerowanym na pięciu kółkach o średnicy 50 mm, z pneumatyczną regulacją wysokości w zakresie 600 – 750 mm za pomocą pedału nożnego, z oparciem.	TAK	
2	Model z 2011 roku, fabrycznie nowy	TAK	
3	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
4	Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE,	TAK	
5	W czasie gwarancji 2 darmowe okresowe przeglądy techniczne, jeżeli są wymagane	TAK	
6	W przypadku 3 naprawy głównej wymiana wadliwego egzemplarza na nowy, wolny od wad	TAK	
7	Gwarancja dostępności usług serwisowych minimum 5 dni w tygodniu	TAK PODAĆ	
8	W okresie gwarancji dostarczenie sprzętu zastępczego w przypadku naprawy trwającej dłużej niż 5 dni	TAK	

UWAGA! Niespełnienie któregokolwiek z wyżej wymienionych parametrów, lub brak dowodu na jego istnienie skutkować będzie odrzuceniem oferty.

Treść oświadczenia wykonawcy:

- Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.
- Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

....., dn.

.....

miejsowość

pieczęć i podpis osoby(osób) uprawnionej(nych)
do reprezentowania Wykonawcy